



ENCUESTA PARA LAS FAMILIAS QUE RECIBEN SERVICIOS (YSS-F Spanish Version)

S P A F A M I L Y

County Code	Youth's CSI Client Number	Youth's Social Security Number	Youth's Date of Birth	Youth's Ethnic Group
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Caucasian <input type="radio"/> Hispanic <input type="radio"/> African-Amer <input type="radio"/> Asian <input type="radio"/> Other

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa al contestar las siguientes preguntas con respecto a los servicios que usted recibió EN LOS 6 MESES PASADOS. Todas las respuestas son confidenciales. Sus servicios actuales y futuros no se verán afectados por su participación en esta encuesta.

Por favor señale su opinión tocante a cada artículo en la lista siguiente (Definitivamente no, No estoy de acuerdo, Neutral, Si, de acuerdo, Si, definitivamente). En cada renglón, llene el círculo que más corresponda con su opinión.

Por favor llene el círculo completo.

Ejemplo: Correcto ● Incorrecto ✕

	Definitivamente, No	No Estoy de acuerdo	Neutral	Si, de acuerdo	Si, Definitivamente
1. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que mi niño/a recibió.	<input type="radio"/>				
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño/a.	<input type="radio"/>				
3. Yo ayudé a definir las metas de tratamiento para mi niño/a.	<input type="radio"/>				
4. Las personas que estaban ayudando a mi niño/a nos apoyaron en las malas y en las buenas.	<input type="radio"/>				
5. Yo sentí que mi niño/a tenía alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto/a.	<input type="radio"/>				
6. Yo participe en el tratamiento de mi niño/a.	<input type="radio"/>				
7. Los servicios que mi niño/a recibió eran los indicados para nosotros.	<input type="radio"/>				
8. La localidad donde recibía los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>				
9. Los servicios eran a las horas convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>				
10. Mi familia recibió la ayuda que queríamos para mi niño/a.	<input type="radio"/>				
11. Mi familia recibió toda la ayuda que necesitabamos para mi niño/a.	<input type="radio"/>				
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>				
13. El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>				
14. El personal me hablaba de manera que yo entendiera.	<input type="radio"/>				
15. El personal respetó mi raza y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>				
Como resultado de los servicios que mi niño/a o familia ha recibido:					
16. Mi niño/a se puede enfrentar mejor a la vida diaria.	<input type="radio"/>				
17. Mi niño/a se lleva mejor con los miembros de mi familia.	<input type="radio"/>				
18. Mi niño/a se lleva mejor con sus amigos y otras personas.	<input type="radio"/>				
19. Mi niño/a está mejor en la escuela y/o en el trabajo.	<input type="radio"/>				
20. Mi niño/a puede enfrentarse mejor a las cosas cuando van mal.	<input type="radio"/>				
21. Ahora estoy satisfecho/a con mi vida familiar.	<input type="radio"/>				